

察组灌肠操作时间少于对照组, 腹痛发生率低于对照组, 舒适度优于对照组 ($P < 0.05$), 差异有统计学意义 (表 1)。

表 1 两组灌肠操作时间、患者腹痛发生率、舒适度比较

组别	例数	灌肠操作时间/ (min, $\bar{x} \pm s$)	腹痛发生率/ [例 (%)]	患者舒适度/ ($\bar{x} \pm s$)
对照组	53	9.05 \pm 1.01	12 (22.64)	5.27 \pm 1.94
观察组	52	5.45 \pm 0.68	1 (1.92)	1.60 \pm 1.45
t/χ^2 值		9.160	10.386	6.291
P 值		0.000	0.001	0.000

3 讨论

肠造口清洁灌肠作为造口还纳术前重要准备工作之一, 具有操作简单、较口服泻药具有不良反应小、患者痛苦少、清洁效果好的优势, 是决定手术成功的关键^[7]。但由于肠造口无括约肌控制, 加上造口黏膜柔嫩、腹壁下肠道走行方向不定等因素^[8], 大大增加了灌肠难度。且清洁灌肠过程受灌肠工具、方法、体位、插管深度、灌肠液种类、温度、造口有无并发症^[9]等因素影响, 给临床护理术前肠道准备带来很大困扰。近年来, 护理人员针对清洁灌肠影响因素进行大量研究, 取得了一定的效果, 但针对灌肠液温度的研究尚未见相关报道。清洁灌肠过程中灌肠液温度一般为 39~41℃^[10], 通过温热刺激肠壁引起血管扩张而促进灌肠液吸收。若温度过低会引起腹部痉挛、肠蠕动加快引起腹痛, 过高则会引起不适和肠道黏膜烫伤^[9]。传统的温度调节依靠水温计, 而易受光线、容器、不同人员、护理人员读数时视线是否与液平面平行造成读数误差等因素影响, 且灌肠液加热过程不易控制, 常需多次调兑才能达到适宜温度且清洁灌肠需重复多次, 大大增加护理人员的工作量。而恒温加热器加热过程简单, 且温度维持在预测温度, 使用时直接取用即可, 有效提高了配置效率, 节约灌肠操作时间。且灌肠过程保持同一温度, 大大降低因不同人员配置、视线误差导致温差引

起腹痛和不适, 从而提高患者舒适度。这与本研究观察组灌肠时间、腹痛发生率低于对照组, 舒适度高于对照组的结果相一致。

综上所述, 恒温加热器在保护性回肠造口还纳术的肠道准备中, 可有效控制灌肠液温度且维持温度恒定, 简化灌肠液配置过程、提高护理人员工作效率; 同时减少温度误差, 提高患者舒适度, 为临床快速有效控制灌肠液温度提供了新思路。

参考文献

- [1] Chen W, Sun K, Zheng R S, et al. Cancer incidence and mortality in China, 2014 [J]. Chin J Cancer Res, 2018, 30 (1): 1-12.
- [2] 陈昕涛. 结直肠癌腹腔镜手术治疗的研究进展 [J]. 东南国防医药, 2020, 22 (3): 283-288.
- [3] Beirens K, Penninckx F. Defunctioning stoma and anastomotic leak rate after total mesorectal excision with coloanal anastomosis in the context of procure [J]. Acta Chir Belg, 2016, 12 (1): 10-14.
- [4] 甄莉, 叶连凤, 温海飞, 等. 98 例临时性肠造口还纳术患者的护理 [J]. 护理学报, 2015, 12 (19): 44-45, 46.
- [5] 褚丽萍, 赖广云. 妇科术前清洁灌肠使用两种不同液体效果对比 [J]. 右江医学, 2013, 41 (4): 561-562.
- [6] 胡琴, 石泽亚, 甘晓庆. 可冲洗可灌肠大便引流装置的研发与应用 [J]. 护士进修杂志, 2020, 35 (9): 861-863.
- [7] 潘爱君. 结肠造口患者清洁灌肠方法的改进 [J]. 护理与康复, 2007, 6 (5): 340-341.
- [8] 刘艳红. 肠造口患者清洁肠道护理体会 [J]. 中外医疗, 2017, 36 (27): 152-154.
- [9] 胡佳琪, 应立英, 于晓侠. 肠造口病人清洁灌肠方法的研究进展 [J]. 护理研究, 2019, 33 (15): 2633-2635.
- [10] 王智, 饶芸, 李雪玲, 等. 舒适护理在造瘘口灌肠中的应用 [J]. 医学信息, 2013, 26 (8): 385.

PDCA 循环法在手术室接送老年髋部骨折患者中的应用效果

厦门大学附属福州第二医院手术室 (福州 350007) 林有伟 林 勤 俞木林 李科济 廖 鑫 马 坚

随着人口老龄化的发展, 老年髋部骨折患者也越来越多, 但是老年髋部骨折患者往往基础疾病多, 且创伤等因素打击后往往会伴有不同程度的心理障碍, 因此一些老年患者在面对手术治疗时会出现抗拒现象; 另外, 部分患者因语言因素无法进行正常沟通, 从而导致无法正常配合治疗, 因此安全护理便成为围手术期的重要环节^[1]。而安全护理过程中的一个关键因素就是及时、准确地评估患者的身心状态, 根据评估情况进行有针对性宣传教育并采取一定的治疗措施, 让患者了解治疗方案并主动配合治疗^[2]。但是, 当患者进入手术室时由于无法见到家属及手术室的特殊环境难免会使患

者产生紧张焦虑等情况, 并且部分医院因为条件限制需要让患者在术前等待较长时间而增加了患者的不稳定情绪, 因此如何有效的管理手术室接送患者便成为护理的重要组成部分。目前, 品管圈活动、集束化护理、解决问题促进健康项目、PDCA 循环法等都是医院常用管理方法, 根据医院及相关科室的具体情况选择合适有效的方案便成为研究的热点^[3-5]。其中, PDCA 循环法是一种用制度、职责来约束参与护士行为的管理方法, 不仅可以极大提升手术接送者、手术室护士、主刀医师以及麻醉师的高效配合度, 还可以避免或降低老年患者因心理因素影响手术治疗。本文应用 PDCA

循环法管理手术室接送老年髋部骨折患者,以期更好地推动手术室护理管理工作制度的规范化与标准化。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选择 2019 年 5 月至 2020 年 5 月在我院因髋部骨折行手术治疗的患者 83 例,将老年髋部骨折患者随机分为两组,一组为常规的术前接送患者(常规康复组),一组在常规接送的基础上结合应用 PDCA 循环法进行管理(PDCA 管理组)。常规康复组 41 例,其中男 18 例,女 23 例;平均年龄(68.78 ± 11.99)岁;股骨粗隆间骨折损伤 19 例,股骨颈骨折 22 例。PDCA 管理组 42 例,其中男 13 例,293 例;平均年龄(65.07 ± 8.62)岁;股骨粗隆间骨折损伤 15 例,股骨颈骨折 27 例。两组性别、年龄及骨折部位一般资料比较,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法:

1.2.1 观察指标:记录两组从护士通知接送患者至患者达到术前间的时间、患者术前准备的观察时间、术前患者血压波动情况、术前患者心率波动情况、术前给药情况及术前的不良事件发生率。同时对 PDCA 循环管理法的应用进行讨论、分析。

1.2.2 PDCA 循环管理法:1) P 为计划阶段,对患者进行全面的评估(排除意识障碍、精神疾病史等),依据本院手术室实际情况并结合相关文献资料总结手术室常见护理安全事件,分析事件发生原因并据此制定针对性干预措施。2) D 为实践阶段,主刀医师与麻醉医师协调沟通后通知手术室护士接病房患者,患者接到术前间时由手术室护士对患者进

行全面的评估,包括身体机理状态、心理情绪情况、术前安全核查等,据此制定个性化护理措施。对于部分情绪不稳定的患者上报主刀医生及麻醉医师,根据具体情况予以必要的心理辅导及适当的镇静处理,然后根据处理结果及相关反馈记入相关文件资料。3) C 为检查阶段,设立质量管理小组,通过不定期抽查方式检查手术室接送患者过程,对于发现问题后立即采取对应干预措施。同时定期对手术室护士进行培训,树立责任意识,确保制定的相关规范能够得到落实。4) A 为处置阶段,每个月召开手术科室会议并总结分析期间所出现的问题,制定解决方案以降低护理缺陷事件。

1.3 统计学分析:采用 SPSS 18.0 统计软件进行分析。计数资料采用卡方检验,符合正态分布的计量资料以均数±标准差表示,组间比较采用 *t* 检验,多组间比较采用单因素方差分析,进一步比较采用 LSD 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组基本情况比较:PDCA 循环管理组与常规管理组对比发现,PDCA 循环管理组术前接病人时间明显短于常规管理组($t = 2.912, P = 0.005$)且在术前间留观时间也明显短于常规管理组($t = 2.421, P = 0.018$);PDCA 循环管理组的收缩压波动明显小于常规管理组($t = 0.045, P = 0.045$),但舒张压波动无明显异常($t = 1.169, P = 0.246$);另外,PDCA 循环管理组在术前间的心率波动也明显小于常规管理组($t = 2.591, P = 0.011$)。见表 1。

表 1 两组在接送时间及术前间观察过程的基本情况比较

组别	例数	接患者/ min	术前时间/ min	收缩压波动比较/mm Hg		舒张压波动比较/mm Hg		心率波动比较/(次/分)	
				入术前	出术前	入术前	出术前	入术前	出术前
常规康复组	41	30.07±9.264	28.76±13.276	133.88±18.777	134.61±20.812	75.98±10.894	73.83±8.834	77.05±10.227	74.74±8.358
PDCA 管理组	42	24.17±9.215	22.48±10.191	136.90±19.384	129.86±17.047	82.14±19.162	76.50±11.831	79.56±9.260	72.40±7.677
<i>t</i> 值		2.912	2.421	2.032		1.169		2.591	
<i>P</i> 值		0.005	0.018	0.045		0.246		0.011	

注:1 mm Hg=0.133 kPa。

2.2 两组情绪比较:PDCA 循环管理组有 12 人刚进入术前间时情绪不稳定,其中 11 人经心理疏导后紧张情绪缓解,只有 1 人使用相关镇静药物;常规管理组有 14 人刚进入术前间时情绪不稳定,其中 8 人经术前间留观后情绪缓和而没有使用镇静药物,有 6 人无法缓解使用了镇静药物;两组两组患者都按照原计划顺利完成了手术。

3 讨论

手术室护理质量会直接影响手术的准时开台、手术的顺利进行以及术后并发症的发生,因此需要建立良好的护理质量控制体系,用制度、职责来约束围手术期护理行为,使手术患者的安全得到保障。其中术前接送患者是手术室护理的一个关键环节,在手术室接送患者的过程中,护士是安全管理具体措施的实施者,包括按医嘱接送患者、安全核查、看护患者、评估患者状态等护理内容,但是这个环节的护理质量往往也最容易受各医务人员所影响,因此需要高效的手术

室护理管理原则以实现有效的管理^[6-7]。结合本文,医院应用 PDCA 循环法管理老年髋部骨折患者的术前接送,有效缩短了术前接病人时间及术前间的留观时间,为患者的顺利安全手术提供了有效保障。

PDCA 循环又叫戴明环,是美国质量管理专家戴明博士总结前人研究的基础上提出的一种科学的管理思路。该方法认为管理活动的全部过程就是计划的制订和组织实现的过程,分为计划(Plan)、执行(Do)、检查(Check)、处理(Action)4 个环节,这个过程按照 PDCA 循环周而复始地运转,对于提高管理规范化和科学化水平具有重要意义^[8]。既往观察发现手术室接送患者缺乏统一的管理规范,所以接送手术患者时存在时间的不确定性及在术前间等待时间过长等现象,而患者在术前间等待较长时间容易出现不良事件发生同时也会导致家属对手术担忧等情况,另外手术室护理过程中常常忽视了心理护理,部分患者因紧张焦虑等导致血压

升高、心率加快而影响手术室安全性。因此,使用 PDCA 循环管理方法可降低这种不良情况发生率。

针对早期发现接送患者时间确定性差及术前等待时间过长的问题,制定了周密的接送患者计划,通过各医务工作者的配合以更好的衔接,同时患者到达术前间以后对患者进行全面的评估并制定个性化护理措施,最后护士长通过定期检查此过程并提出存在的问题以不断的改正。此次通过 PDCA 循环法总结出了术前接送患者存在的问题包括部分医务工作者流程模糊、工作责任分界不清、各医务工作者间合作度不够等,同时也发现年轻护士对心理护理存在不足以及接送患者过程中存在未尽人文关怀的义务,通过不断的循环检查培训纠正可明显的改善这些不足。

PDCA 循环管理法是一种具有严谨性与有效性的管理工具,但是目前所论述的 PDCA 理论多为经验性总结^[9-10]。本文缺乏纵向研究,不利于发现动态循环变化,今后随着 PDCA 循环法理论的进一步发展,进一步研究 PDCA 循环法在手术室护理中的规范应用将会显得更有必要。总之,应用 PDCA 循环法管理老年髋部骨折患者的术前接送,有效缩短了术前接患者、时间及术前间的留观时间,为患者的顺利安全手术提供了有效保障。

参考文献

- [1] Zietek P, Zarzycka B, Zietek J, et al. The impact of caregivers' anxiety on patients' anxiety before fast-track knee arthroplasty [J]. Acta Chir Orthop Traumatol Cech, 2017, 84 (4): 292-298.
- [2] Oppikofer C, Schwappach D. The role of checklists and human factors for improved patient safety in plastic surgery [J]. Plast Reconstr Surg, 2017, 140 (6): 812-817.
- [3] 邢红英, 刘超梅. PDCA 循环法在手术室护理质量管理中的应用 [J]. 中医临床研究, 2011, 3 (3): 121-122.
- [4] Shuang X, Zhao X M, Zhao Q H, et al. Construction of nursing quality control information system in large hospitals [J]. Stud Health Technol Inform, 2018 (250): 193-194.
- [5] Miller D J, Cahill P J, Janicki J A, et al. What's New in pediatric orthopaedic quality, safety, and value? A systematic review with results of the 2016 POSNA quality, safety, and value initiative (QSVD) challenge [J]. J Pediatr Orthop, 2018, 38 (10): 646-651.
- [6] Bidassie B, Gunnar W, Starr L, et al. Data-driven process to improve VA surgical flow [J]. Int J Health Care Qual Assur, 2018, 31 (4): 283-294.
- [7] Blouin-Delisle C H, Drolet R, Gagnon S, et al. Improving flow in the OR [J]. Int J Health Care Qual Assur, 2018, 31 (2): 150-161.
- [8] 李春玲, 廖春莲. PDCA 循环法在手术室护理质量管理中的应用效果 [J]. 中国当代医药, 2018, 25 (32): 137-120.
- [9] Provance L, Alvis D, Silfen E, et al. Quality improvement and public health—tetanus immunization in the emergency department [J]. Am J Med Qual, 1994, 9 (4): 165-171.
- [10] Cousson P Y, Decerle N, Munoz-Sanchez M L, et al. The "Plan" phase of a Deming cycle: Measurement of quality and outcome of root canal treatments in a university hospital [J]. Eur J Dent Educ, 2019, 23 (1): e1-e11.

六西格玛管理法在降低新生儿 PICC 导管并发症的应用效果

福建省立医院重症医学科 (福州 350001) 魏秀珍 卓瑞燕 程 奇 钟水平 谢梦玲

经外周静脉置入中心静脉导管 (peripherally inserted central catheter, PICC) 在新生儿监护室中应用较为广泛。PICC 技术具有操作简单、无需反复穿刺、留置时间长等优势,便于长期输注药物和营养物质,可减少对新生儿外周血管的损伤^[1-2],是新生儿长期进行静脉输液的理想的安全工具之一。但 PICC 置管存在侵入性,且新生儿机体器官组织尚未完全发育成熟,机体抵抗力较差,置管期间若是未得到有效维护,则会引起 PICC 导管维护相关并发症的发生,导致导管使用寿命、PICC 留置时间缩短,可能对新生儿的生命安全造成威胁。因此,如何降低新生儿 PICC 导管维护相关并发症成为新生儿护理中需要重点解决的问题。六西格玛管理法是一种科学的全面质量管理方法,本文对六西格玛管理法在降低新生儿 PICC 导管并发症的效果进一步分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选择 2018 年 1 月至 2019 年 12 月在我院进行 PICC 置管的新生儿 204 例。入选标准:均为首次经外周静脉置入中心静脉导管的新生儿;新生儿监护人签署知情同意书。排除标准:存在先天性疾病、先天性畸形的新生儿;

存在免疫系统疾病、凝血机制障碍的新生儿;不符合 PICC 置管条件或穿刺侧存在其他导管者;过敏体质者;因放弃治疗而拔管者;中途退出本次研究者。将患者随机分为观察组和对照组两组,对照组 120 例,男 66 例,女 54 例;胎龄 26~41 周,平均 (32.42±2.26) 周;体质量 680~4 140 g,平均体质量 (2 461.43±68.76) g;足月儿 34 例,早产儿 86 例。观察组 84 例,其中男 48 例,女 36 例;胎龄 27~41 周,平均 (31.88±2.20) 周;体质量 750~4 300 g,平均 (2 381.54±68.82) g;足月儿 28 例,早产儿 56 例。两组新生儿性别、年龄等一般资料比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法:

1.2.1 护理方法:1) 对照组:实施 PICC 导管常规管理。责任护士给 PICC 置管患儿常规护理和日常维护,予每周 PICC 敷贴更换,穿刺部位严格按照无菌技术进行消毒,观察穿刺点有无红肿、渗血渗液,确认导管深度位置,是否脱出或进入体内;更换贴膜及正压接头,发生感染时应及时处理或者拔管。导管留置期间应注意观察各种并发症,若出现